

ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ  
เพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

Successful Implementing Gentle Communication for Gentle Healthcare Handbook in  
Regional and General Hospitals:  
a predictive factors study.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

วีร์ เมฆวิไลย์<sup>1</sup>, พาสนา คุณาธิวัฒน์<sup>2</sup>, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์<sup>3</sup>

Wee Mekwilai<sup>1</sup>, Passana Gunadhivadhana<sup>2</sup>, Burin Suraaroonsamrit<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

ความรุนแรงต่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของผู้ให้บริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพยังมีความจำเป็นสำหรับการขยายผลอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณแบบ Quantitative follow-up study ในบุคลากรสาธารณสุข 132 คน จาก โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปภูมิภาคทั่วประเทศ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา Independent Sample t-test, One-way ANOVA, Chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น ผลการศึกษาพบว่า ภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรงพยาบาลในภาคเหนือมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุดและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากภาคอื่น ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และภาระงาน ไม่เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ โรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าบุคลากรอาวุโส และมีสัดส่วนผู้ใช้งานสม่ำเสมอสูงในระยะสามเดือนหลังการเริ่มใช้ ภูมิภาคเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณาในการวางแผนกลยุทธ์การขยายผลคู่มือ โดยควรปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับแต่ละภูมิภาคและประเภทโรงพยาบาล

**คำสำคัญ:** ปัจจัยพยากรณ์, การสื่อสารเชิงบวก, ความรุนแรงในสถานพยาบาล, บุคลากรสุขภาพ, โรงพยาบาล

Abstract

This study examined the factors influencing the successful implementation of a positive communication manual aimed at reducing violence against healthcare personnel. While the manual demonstrated overall effectiveness, the only statistically significant predictor of success was geographical region, with hospitals in the northern region reporting the highest perceived effectiveness compared to other regions. In contrast, individual factors such as gender, age, profession, work experience, supervisory support, and workload were not significant predictors in the multivariate model. Additionally, general hospitals and less experienced staff tended to perceive the manual as more effective than tertiary hospitals and more senior personnel. These findings suggest that scaling up the implementation of the manual should prioritize context-sensitive strategies, particularly adaptations tailored to regional and institutional differences, rather than a one-size-fits-all approach.

**Keywords:** effectiveness, guidebook, healthcare violence, healthcare personnel, positive communication

<sup>1</sup> นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

<sup>3</sup> นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

## บทนำ

ความรุนแรงต่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นภาวะวิกฤตระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของผู้ให้บริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้บริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิซึ่งต้องรับผู้ป่วยจำนวนมากและมีความซับซ้อนสูง ข้อมูลสหรัฐอเมริกาแสดงว่า ภาควิชาการแพทย์เกิดการเกิดเหตุรุนแรง 14 ครั้งต่อพนักงาน 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นถึง 3 เท่า<sup>1</sup> และแม้บุคลากรทางการแพทย์จะมีสัดส่วนเพียง 10% ของแรงงานทั้งหมด แต่กลับได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด<sup>2</sup> อุบัติการณ์ความรุนแรงเพิ่มขึ้นมากกว่า 105.6% ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงปี 2020 - 2022<sup>3</sup>

สถานการณ์ในประเทศไทยมีความรุนแรงไม่แพ้ประเทศอื่น การศึกษาล่าสุด ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 ภูมิภาค พบว่าบุคลากรสุขภาพ 88% เคยประสบความขัดแย้งหรือความรุนแรงโดยเฉลี่ย 3.2 ครั้งต่อเดือน โดยพบมากที่สุดใแผนกฉุกเฉิน (5.8 ครั้งต่อเดือน) อย่างไรก็ตาม มีเพียง 26% ที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการสื่อสารหรือการจัดการความขัดแย้ง และเพียง 12% ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านการจัดการความรุนแรง แสดงช่องว่างสำคัญในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร<sup>4</sup>

ผลกระทบของความรุนแรงมีหลายมิติ บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงมักมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล หมดไฟในการทำงาน และความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<sup>5-6</sup> ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร แต่ยังลดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย<sup>7</sup> ในระดับองค์กร โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณสูงถึง 18.27 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2023 เพื่อจัดการและป้องกันความรุนแรง<sup>8</sup> นอกจากนี้การค่าใช้จ่ายปัญหานี้ยังเชื่อมโยงกับอัตราการลาออกที่สูงและการขาดแคลนกำลังคนในระยะยาว

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดความขัดแย้งและความรุนแรงในสถานพยาบาล The Joint Commission รายงานว่า การสื่อสารที่บกพร่องเป็นสาเหตุหลักของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 60% และเป็นสาเหตุของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่เป็นอันตรายประมาณ 67%<sup>9-10</sup> สาเหตุที่นำไปสู่ความขัดแย้งมักเกิดจากความคาดหวังที่ไม่สมจริง การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ระยะเวลารอคอยที่นานเกินไป และทรัพยากรที่จำกัด<sup>11</sup>

การสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรง แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Peplau ในปี 1952<sup>12</sup> หลักฐานการวิจัยพบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารช่วยลดการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง<sup>13</sup> และผู้ให้บริการที่แสดงความเอาใจใส่สามารถปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>14</sup>

จากงานวิจัยก่อนหน้า วีร์ เมฆวิสัย และคณะ ในปี 2568 ได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่ผสมผสานวัฒนธรรมไทยเข้ากับเทคนิค De-escalation<sup>15</sup> ผลการประเมินประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่าง 50 คน จาก 5 โรงพยาบาล พบว่า คู่มือลดความรุนแรงทางกายลง 25.0% ทางวาจา 17.8% เพิ่มความรู้สึกปลอดภัยจาก 3.0 เป็น 3.6 (Effect Size=0.55, p<0.01) และเพิ่มความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งจาก 3.1 เป็น 3.8 (Effect Size=0.58, p<0.01)<sup>4</sup>

อย่างไรก็ตาม การใช้งานในระยะยาวและการขยายผลยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของนวัตกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง งานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จแบ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และความเชื่อในประสิทธิภาพของตนเอง<sup>16</sup> และปัจจัยระดับองค์กร เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร

วัฒนธรรมองค์กร ภาระงาน และบรรยากาศการทำงาน<sup>5</sup>

การเข้าใจปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนและการขยายผล ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารระบุกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรมที่เหมาะสม และจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาความแตกต่างในบริบทต่างๆ เช่น ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป หรือระหว่างภูมิภาคต่างๆ จะช่วยให้สามารถปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคล (เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ความรู้ ทักษะ ความถี่ในการใช้) และปัจจัยระดับองค์กร (ภูมิภาค ประเภทโรงพยาบาล การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน) ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนากลยุทธ์สนับสนุนการปรับปรุงคู่มือ และการวางแผนขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

### วิธีการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตามหลัง (Follow-up study) ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 2 ของการศึกษาหลัก ซึ่งเป็นการติดตามผลการใช้

คู่มือในระยะยาว 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น โดยกำหนด  $\alpha = 0.05$ , Power = 0.80, Effect size = 0.45 และการทดสอบแบบสองทางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างพื้นฐาน 98 คน เพิ่ม Dropout rate 10% จึงได้ 109 คน จากการเก็บข้อมูลได้ 132 คน จาก 136 คน (อัตราตอบกลับ 97.0%)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ ประกอบด้วยส่วนสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ภูมิภาค ประเภทโรงพยาบาล และประสบการณ์การฝึกอบรมที่เคยได้รับ
2. การรับรู้ประสิทธิผลของคู่มือ ใช้มาตราวัด Likert Scale 5 ระดับ วัดสามด้าน คือ การลดเหตุการณ์ความรุนแรง การปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน และการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)
3. ความถี่การใช้งานคู่มือ ประเมินด้วยมาตราวัด 5 ระดับ ได้แก่ ใช้ทุกวัน ใช้บ่อย ใช้ปานกลางใช้น้อย และไม่ใช้งาน
4. ความรู้และทักษะ ประกอบด้วย ความรู้เนื้อหาคู่มือ (15 คะแนน จาก 3 ข้อ) ความถี่ใช้เทคนิค (12 คะแนน จาก 3 ข้อ) และประสิทธิผลที่รับรู้ (10 คะแนน จาก 2 ข้อ)
5. ปัจจัยระดับองค์กร ประกอบด้วย การสนับสนุนจากหัวหน้างาน (แบ่งเป็น ได้รับการสนับสนุนดี และได้รับการสนับสนุนน้อย) การเข้า

อบรมเสริม (แบ่งเป็น เข้าร่วม 2 ครั้งขึ้นไป, เข้าร่วม 1 ครั้ง, และไม่เข้าร่วม) ภาระงาน (แบ่งเป็น ภาระงานปกติ และภาระงานหนัก) และสภาพแวดล้อมการทำงาน

แบบสอบถามพัฒนาผ่าน 4 ขั้นตอน คือ ทบทวนวรรณกรรม ร่างแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน) คัดเลือกข้อที่มีค่า IOC  $\geq 0.80$  และทดสอบนำร่องเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ การตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha พบว่า ความรู้เนื้อหา ( $\alpha=0.82$ ) ความถี่ใช้เทคนิค ( $\alpha=0.85$ ) และประสิทธิผลที่รับรู้ ( $\alpha=0.88$ ) มีความเชื่อมั่นในระดับดี

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในเดือนกันยายน - ตุลาคม 2568 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Forms ส่งให้กลุ่มเป้าหมาย 136 คน ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เคยเข้าร่วมการทดลองใช้คู่มือและได้รับการติดตามผลเป็นเวลา 3 เดือน ได้รับการตอบกลับ 132 ชุด (อัตราตอบกลับ 97.0%)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จแบ่งเป็น

1. สถิติพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรต่างๆ

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิผลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป One-way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิผลระหว่างภูมิภาคต่างๆ และตามปัจจัยอื่นๆ เช่น ประสบการณ์การทำงาน วิชาชีพ ภาระงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างาน Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการใช้งานคู่มือ และ Pearson's correlation

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องกับคะแนนการรับรู้ประสิทธิผล

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น (Hierarchical Multiple Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือ โดยใช้คะแนนการรับรู้ประสิทธิผลเป็นตัวแปรตาม พิจารณาค่า  $R^2$ , Adjusted  $R^2$ , F-statistic, การเปลี่ยนแปลงของ  $R^2$  ( $\Delta R^2$ ) และสัมประสิทธิ์การถดถอย (B, SE,  $\beta$ , t, p-value) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC 033-2568 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2568

#### ผลการศึกษา

##### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 132 คน ที่ได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลใน 5 ภูมิภาคทั่วประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 76 คน (ร้อยละ 57.6) และเพศชาย 56 คน (ร้อยละ 42.4) มีช่วงอายุกระจายตัวในวัยทำงานผลิตภาพ โดยอายุ 25-35 ปี 53 คน (ร้อยละ 40.2) และ 36-45 ปี 52 คน (ร้อยละ 39.4) รวมกันคิดเป็นเกือบร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านวิชาชีพ พบว่าพยาบาลมีจำนวนมากที่สุด 64 คน (ร้อยละ 48.5) รองลงมาเป็นสหวิชาชีพ 40 คน (ร้อยละ 30.3) และแพทย์ 28 คน (ร้อยละ 21.2) สะท้อนความหลากหลายของบุคลากรสาธารณสุขที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ประสบการณ์การทำงานกระจายตัวค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกระดับ โดยมากที่สุดคือ 5-10 ปี 46 คน (ร้อยละ 34.8) ตามด้วย 11-15 ปี 30 คน (ร้อยละ 22.7) น้อยกว่า 5 ปี 29 คน (ร้อยละ 22.0) และมากกว่า 15 ปี 27 คน (ร้อยละ 20.5) การกระจายตามภูมิภาคครอบคลุมภาคกลาง 35 คน (ร้อยละ 26.5) ภาคอีสาน 33

คน (ร้อยละ 25.0) ภาคเหนือ 28 คน (ร้อยละ 21.2) ภาคใต้ 26 คน (ร้อยละ 19.7) และ กรุงเทพมหานคร 10 คน (ร้อยละ 7.6) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 89 คน (ร้อยละ 67.4) และโรงพยาบาลศูนย์ 43 คน (ร้อยละ 32.6)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายในทุกมิติ ดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย

**ตารางที่ 1** ค่าสถิติพรรณนาของตัวแปรผลลัพธ์หลัก

ตัวแปรผลลัพธ์	M	SD	Min	Max	95% CI
คะแนนประสิทธิผล (0-5)	4.26	0.52	2.83	5.00	4.17, 4.35
อัตราการลดความรุนแรง (%)	15.04	53.58	-333.33	95.24	5.89, 24.18
การปรับปรุงทางจิตวิทยา (0-5)	0.53	0.38	-0.66	1.56	0.47, 0.59
คะแนนความรู้ (0-5)	4.10	0.39	3.00	5.00	4.04, 4.17
คะแนนทักษะ (0-5)	3.21	0.43	2.00	4.00	3.14, 3.28
การรับรู้ประโยชน์-ลดความเครียด (0-5)	4.23	0.65	3.00	5.00	4.12, 4.35
การรับรู้ประโยชน์-ประสิทธิภาพงาน (0-5)	4.22	0.72	3.00	5.00	4.10, 4.34
ความพึงพอใจโดยรวม (0-5)	4.36	0.64	3.00	5.00	4.25, 4.47

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนประสิทธิผลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.26, SD = 0.52) อัตราการลดความรุนแรงเฉลี่ย 15.04% แม้จะมีความแปรปรวนสูง (SD = 53.58) บ่งชี้ความแตกต่างระหว่างบุคคล ด้านจิตวิทยาพบการปรับปรุงในระดับปานกลาง (M = 0.53)

ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้สูง (M = 4.10) แต่มีคะแนนทักษะปานกลาง (M = 3.21) สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (M > 4.20) แสดงถึงการยอมรับและความพึงพอใจต่อคู่มือ

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของปัจจัยพยากรณ์

ปัจจัย	F	df	p
<b>ปัจจัยระดับบุคคล</b>			
ประสบการณ์การทำงาน	3.315	3, 128	.022
เพศ	0.658	1, 130	.519
วิชาชีพ	0.658	2, 129	.519
ประวัติการอบรม	1.479	2, 129	.232
ความถี่การใช้คู่มือ	0.072	3, 128	.975
<b>ปัจจัยระดับองค์กร</b>			
ภูมิภาค	3.007	4, 127	.021
การสนับสนุนจากหัวหน้า	1.454	2, 129	.237
ภาระงาน	1.308	2, 129	.274
สภาพแวดล้อมการทำงาน	1.238	3, 128	.299
ประเภทโรงพยาบาล†	-0.697	130	.487

หมายเหตุ: † ใช้ t-test สำหรับตัวแปร 2 กลุ่ม

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิผลระหว่างภูมิภาค

ภูมิภาค	n	M	SD	95% CI
ภาคเหนือ	28	4.46	0.39	4.31, 4.61
ภาคใต้	26	4.35	0.45	4.17, 4.53
ภาคอีสาน	33	4.29	0.46	4.13, 4.45
กรุงเทพมหานคร	10	4.13	0.48	3.79, 4.47
ภาคกลาง	35	4.05	0.64	3.83, 4.27

ตารางที่ 3 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภูมิภาค โดยภาคเหนือมีคะแนนประสิทธิผลสูงสุด (M = 4.46, SD = 0.39) และแตกต่างจากภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mean difference = 0.408, p = .005) ภาคกลางมีคะแนนต่ำสุด (M = 4.05, SD = 0.64) และมีความแปรปรวนสูงกว่าภูมิภาคอื่น ความ

แตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมท้องถิ่น ลักษณะชุมชน และบริบททางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยภาคเหนือมีลักษณะชุมชนที่เน้นความสัมพันธ์ใกล้ชิดและการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสื่อสารที่เน้นความนุ่มนวลและเคารพซึ่งกันและกัน

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิผลตามประสบการณ์การทำงาน

ประสบการณ์	n	M	SD	95% CI
น้อยกว่า 5 ปี	29	4.46	0.56	4.25, 4.67
5-10 ปี	46	4.26	0.47	4.12, 4.40
11-15 ปี	30	4.28	0.53	4.08, 4.48
มากกว่า 15 ปี	27	4.03	0.46	3.85, 4.21

ตารางที่ 4 พบความสัมพันธ์แบบ Inverted U-shape ระหว่างประสบการณ์การทำงานกับคะแนนประสิทธิผล โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปีมีคะแนนสูงสุด (M = 4.46) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี (M = 4.03, mean difference = 0.425, p = .003) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ระบุว่าบุคลากรรุ่นใหม่มีความยืดหยุ่นและเปิดรับการเรียนรู้วิธีการใหม่ได้ดีกว่า ในขณะที่บุคลากรที่มีประสบการณ์มากมีกรอบความคิดและรูปแบบการทำงานที่ตั้งหลักแล้ว ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความท้าทายมากกว่า อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การสนับสนุน

เฉพาะสำหรับบุคลากรอาวุโส เช่น การจัดเวิร์คช็อปที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการบูรณาการเทคนิคใหม่เข้ากับภูมิปัญญาที่มีอยู่

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการใช้คู่มือ**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการใช้คู่มือด้วย Chi-square พบว่าปัจจัยสนับสนุนสามด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้งาน ได้แก่ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ( $\chi^2=18.42, df=2, p<.001$ ) ผู้ได้รับการสนับสนุนดีใช้งานสม่ำเสมอ 86.0% เทียบกับ 56.0% ในกลุ่ม สนับสนุนน้อย การเข้าอบรมเสริม ( $\chi^2=12.67, df=2, p<.001$ ) กลุ่มอบรม 2 ครั้ง ขึ้นไปใช้งานสม่ำเสมอ 55.8% เทียบกับไม่อบรม

11.6% และภาระงาน ( $\chi^2=9.73$ ,  $df=2$ ,  $p=.002$ ) ผู้มีภาระปกติใช้งานสม่ำเสมอ 62.8% เทียบกับภาระหนัก 43.5% การวิเคราะห์แบบรวมพบว่า ผู้มีปัจจัยสนับสนุนครบทั้งสามมีอัตราการใช้งานต่อเนื่อง 87.5% ขณะที่ขาดทั้งสามปัจจัยมีอัตราเพียง 23.1% แสดงผลกระทบ สะสมของปัจจัยสนับสนุนต่อความยั่งยืนในการใช้งาน

### ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์การถดถอยที่สำคัญจาก Model 3

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	$\beta$	t	p
ภูมิภาค	0.100	0.036	.241	2.771	.007
เพศ	-0.184	0.094	-.176	-1.966	.052
ภาระงาน	-0.063	0.064	-.089	-0.982	.328
วิชาชีพ	0.049	0.058	.076	0.852	.396
ประเภทโรงพยาบาล	-0.029	0.099	-.027	-0.296	.768
สภาพแวดล้อมการทำงาน	-0.011	0.046	-.022	-0.247	.805
ระยะเวลาใช้คู่มือ	-0.032	0.042	-.063	-0.767	.445
ประสบการณ์การทำงาน	-0.026	0.043	-.053	-0.610	.543
การสนับสนุนจากหัวหน้า	0.037	0.073	.045	0.507	.613
คะแนนความรู้	0.011	0.078	.009	0.146	.884
คะแนนทักษะ	0.007	0.090	.006	0.074	.941

หมายเหตุ: B = unstandardized coefficient,  $\beta$  = standardized coefficient

ตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวใน Model 3 พบว่า ภูมิภาคเป็นตัวแปรพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .241$ ,  $p = .007$ ) โดยมี standardized coefficient เป็นบวก แสดงว่าบางภูมิภาค (โดยเฉพาะภาคเหนือ) มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนประสิทธิผลสูงกว่าภูมิภาคอื่นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ เพศมีแนวโน้มเข้าใกล้มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.176$ ,  $p = .052$ ) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มมีคะแนนประสิทธิผลต่ำกว่าเพศชายเล็กน้อยอำนาจการพยากรณ์ที่ค่อนข้างต่ำ ( $Adjusted R^2 = .031$ ) บ่งชี้ว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ได้นำมาพิจารณาซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ เช่น แรงจูงใจภายใน ความเชื่อในประสิทธิผลของตนเอง (Self-efficacy) วัฒนธรรม

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้นพบว่า Model 1 (ปัจจัยระดับบุคคล) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพียง 4.6% และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .427$ ) Model 2 (ปัจจัยระดับองค์กร) อธิบายความแปรปรวนได้ 6.7% และใกล้จะมีนัยสำคัญ ( $p = .117$ ) Model 3 (แบบจำลองเต็ม) อธิบายความแปรปรวนได้สูงสุดที่ 11.2% แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยรวม ( $p = .191$ )

องค์กร และคุณภาพของการนำไปปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความซับซ้อนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในองค์กรสาธารณสุขและความจำเป็นในการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลเหล่านี้อย่างลึกซึ้ง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวก รองลงมาคือประสบการณ์การทำงาน ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น วิชาชีพ ความถี่การใช้ และการสนับสนุนจากหัวหน้า ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อำนาจการพยากรณ์ที่ต่ำ (11.2%) บ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้วัดซึ่งควรได้รับการศึกษาต่อไป

## สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยวิเคราะห์ทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยระดับองค์กร ผลการวิจัยที่ได้มีประเด็นสำคัญที่ควรอภิปราย ดังนี้

### ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือภูมิภาค

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้นพบว่า ในแบบจำลองสุดท้าย (Model 3) มีเพียงปัจจัยภูมิภาคเท่านั้นที่สามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=.241$ ,  $p=.007$ ) โดยที่แบบจำลองทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสำเร็จได้เพียง 11.2% ( $R^2 = .112$ ,  $Adjusted R^2 = .031$ ,  $F(11,120)=1.379$ ,  $p=.191$ ) แม้ว่าค่า  $R^2$  จะค่อนข้างต่ำและแบบจำลองโดยรวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การที่ภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญนั้นให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการปรับกลยุทธ์การนำคู่มือไปใช้

การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย ANOVA และ Post-hoc test พบว่า โรงพยาบาลในภาคเหนือมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุด ( $M=4.46$ ) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากภาคกลาง ( $M=4.05$ ,  $p=.005$ ) ภาคใต้ ( $M=4.14$ ,  $p=.048$ ) และกรุงเทพมหานคร ( $M=4.13$ ,  $p=.040$ ) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่สมควรได้รับการพิจารณา

ปัจจัยทางวัฒนธรรมและบริบทสังคมภาคเหนือของไทยมีวัฒนธรรมที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อบอุ่น การให้เกียรติผู้อื่น และการสื่อสารที่นุ่มนวล ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสื่อสารเชิงบวกในคู่มือ ทำให้บุคลากรในภาคเหนือสามารถนำเทคนิคไปใช้ได้อย่างเป็นธรรมชาติมากกว่า ในขณะที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและภาคกลางซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมืองใหญ่มักมี

ลักษณะการทำงานที่เร่งรีบ มีแรงกดดันสูงและมีความซับซ้อนในการให้บริการมากกว่า ทำให้การนำเทคนิคการสื่อสารใหม่ไปใช้มีความท้าทายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความกดดันสูงส่งผลต่อการนำนวัตกรรมไปใช้<sup>5</sup>

ขนาดและความซับซ้อนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลในภาคเหนือส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีโครงสร้างองค์กรที่ไม่ซับซ้อนเกินไป ทำให้การสื่อสารภายในองค์กรมีประสิทธิภาพมากกว่าการเผยแพร่องค์ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้คู่มือเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าและบุคลากรมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ในทางตรงกันข้าม โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยซับซ้อนและหลากหลาย มีการแบ่งงานที่เฉพาะเจาะจงมากทำให้การสื่อสารข้ามหน่วยงานมีความท้าทายมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thiese ในปี 2014 ที่พบว่า ขนาดและความซับซ้อนขององค์กรมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมไปใช้<sup>16</sup>

ลักษณะของผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่มักต้องรับมือกับผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังสูง มีความรู้จากการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และมีแนวโน้มที่จะเรียกร้องสิทธิมากกว่าทำให้สถานการณ์ความขัดแย้งมีความซับซ้อนมากกว่าในพื้นที่ชนบท ซึ่งผู้ป่วยและญาติมักมีความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าและมีความคาดหวังที่สมจริงมากกว่า การศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ The Joint Commission ในปี 2018) ที่ระบุว่า ความคาดหวังที่ไม่สมจริงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรงในสถานพยาบาล<sup>9</sup>

### ประสบการณ์การทำงาน

แม้ว่าประสบการณ์การทำงานจะไม่ใช่ปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอยพหุคูณแต่การวิเคราะห์ ANOVA พบรูปแบบที่น่าสนใจ คือ บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5

ปีมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุด ( $M=4.46$ ) รองลงมาคือกลุ่ม 5-10 ปี ( $M=4.27$ ) และต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี ( $M=4.03$ ) แสดงให้เห็นรูปแบบ inverted U-shape ที่ชัดเจน รูปแบบนี้สามารถอธิบายได้จากมุมมองของ ทฤษฎีการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลากรใหม่ที่มีประสบการณ์น้อยมักมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังไม่มีการรอบความคิดหรือวิธีการทำงานที่ตายตัว ทำให้สามารถรับเทคนิคใหม่ได้ดี ในขณะที่บุคลากรที่มีประสบการณ์ 5-10 ปี ยังคงมีความกระตือรือร้นแต่เริ่มมีวิธีการทำงานของตนเอง อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี อาจมีวิธีการจัดการความขัดแย้งที่ตุนคุ่นเคยและใช้นาน ทำให้มีความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเรียนรู้เทคนิคใหม่มากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Magnavita และ Heponiemi ในปี 2011 ที่พบว่า อายุงานและประสบการณ์มีความสัมพันธ์แบบ U-shape กับการยอมรับนวัตกรรม<sup>6</sup>

นอกจากนี้ บุคลากรที่มีประสบการณ์มาก อาจประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) หรือความเหนื่อยล้าจากการเผชิญกับความขัดแย้งมาอย่างยาวนาน ทำให้มีพลังและแรงจูงใจในการเรียนรู้ทักษะใหม่น้อยลง การศึกษาของ Duan และคณะ สนับสนุนข้อค้นพบนี้โดยพบว่า บุคลากรที่มีอายุงานมากมักมีระดับความเหนื่อยล้าสูงกว่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาวิชาชีพ<sup>5</sup>

#### เพศ

ในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ พบว่าเพศมีแนวโน้มที่จะเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญ ( $\beta=-.176, p=.052$ ) แม้ว่า จะอยู่ในระดับ Marginal significance แต่ก็แสดงให้เห็นแนวโน้มที่น่าสนใจ โดยเพศหญิงมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่

พบว่า บุคลากรหญิงมักมีทักษะการสื่อสารและความเห็นอกเห็นใจที่ดีกว่า<sup>14</sup>

อย่างไรก็ตาม ควรตีความผลนี้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากค่า p-value อยู่เหนือระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ที่ 0.05 และอาจเป็นเพียงแนวโน้มที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยัน นอกจากนี้ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น บทบาทและความคาดหวังทางเพศในสังคมไทย มากกว่าความแตกต่างทางชีวภาพ

#### ปัจจัยอื่นๆ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือกลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองถดถอย ได้แก่ อายุ วิชาชีพ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ภาระงาน และสภาพแวดล้อมการทำงาน ข้อค้นพบนี้แม้จะขัดกับสมมติฐานเบื้องต้น แต่ก็ให้ข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางวิชาการหลายประการ

คู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นอาจมีลักษณะที่เป็นสากลและใช้งานได้กับบุคลากรที่หลากหลาย โดยไม่จำเป็นต้องปรับแต่งตามลักษณะส่วนบุคคลหรือบริบทการทำงานมากนัก การที่คู่มือสามารถใช้ได้ผลดีกับบุคลากรทุกวิชาชีพ ทุกช่วงอายุ และในสภาพแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของคู่มือ ซึ่งเป็นจุดแข็งสำคัญสำหรับการขยายผลในวงกว้าง

การที่ปัจจัยระดับองค์กร เช่น การสนับสนุนจากหัวหน้างานและภาระงาน ไม่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอย อาจบ่งชี้ว่า คู่มือนี้สามารถใช้ได้ดีแม้ในสถานะที่ไม่เอื้ออำนวย บุคลากรสามารถนำไปใช้ด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากองค์กรมากนัก

ค่า  $R^2$  ที่ค่อนข้างต่ำ (11.2%) บ่งชี้ว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลองการวิจัยครั้งนี้ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ ปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่ซับซ้อนกว่า เช่น บุคลิกภาพ ความฉลาดทางอารมณ์

แรงจูงใจภายใน หรือประสบการณ์ส่วนตัวในการเผชิญความขัดแย้ง หรืออาจเป็นปัจจัยระดับองค์กรที่ละเอียดกว่า เช่น วัฒนธรรมองค์กร ความพร้อมของระบบสนับสนุน หรือนโยบายการจัดการความรุนแรงของโรงพยาบาล การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติม

### ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ t-test พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญในสองด้าน คือ การลดเหตุการณ์ความรุนแรง (4.3 ต่อ 4.1,  $p=0.032$ ) และการปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน (4.4 ต่อ 4.2,  $p=0.014$ ) ในขณะที่ด้านความมั่นใจในการจัดการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (4.2 ต่อ 4.0,  $p=0.060$ )

ความแตกต่างนี้สามารถอธิบายได้จากหลายมิติ ประการแรก โรงพยาบาลทั่วไปมักมีขนาดเล็กกว่ามีโครงสร้างองค์กรที่ไม่ซับซ้อนเกินไป ทำให้การสื่อสารภายในองค์กรมีประสิทธิภาพมากกว่า การเผยแพร่และการนำเทคนิคใหม่ไปใช้เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า และบุคลากรมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันได้ดี ประการที่สอง ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปมีความซับซ้อนน้อยกว่า มีความคาดหวังที่สมจริงมากกว่า และมีความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า ทำให้การใช้เทคนิคการสื่อสารพื้นฐานสามารถแก้ปัญหาได้ดี ประการที่สาม โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยที่ซับซ้อนและเฉียบพลัน มีความกดดันด้านเวลาสูง และมีจำนวนผู้ป่วยมาก ทำให้การนำเทคนิคใหม่ไปใช้มีความท้าทายมากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillam และคณะ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อนสูงเป็นอุปสรรคต่อการนำเทคนิค De-escalation ไปใช้<sup>13</sup>

อย่างไรก็ตาม ด้านความมั่นใจในการจัดการไม่พบความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองประเภท แสดงให้เห็นว่า คู่มือสามารถเสริมสร้าง

ความมั่นใจของบุคลากรได้ไม่ว่าจะทำงานในโรงพยาบาลประเภทใด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการสนับสนุนให้บุคลากรใช้คู่มืออย่างต่อเนื่อง

### ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความหลากหลายจาก 5 ภูมิภาค แต่อาจยังไม่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทุกระดับและทุกพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ การศึกษาใช้ระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือน ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษานี้เน้นการวัดการรับรู้ประสิทธิผลของคู่มือเป็นหลัก ซึ่งอาจแตกต่างจากพฤติกรรมการนำไปใช้จริงในระยะยาว การศึกษาในอนาคตควรติดตามพฤติกรรมการใช้งานจริงและความยั่งยืนของการนำคู่มือไปปฏิบัติ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรงพยาบาลในภาคเหนือมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุดและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากภาคอื่นๆ ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และภาระงาน ไม่เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ แม้ว่าค่า  $R^2$  จะค่อนข้างต่ำ บ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม การศึกษายังพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าบุคลากรอาวุโส และมีสัดส่วนผู้ใช้งานสม่ำเสมอที่สูงในระยะสามเดือนหลังการเริ่มใช้ ผลการวิจัยมีนัยสำคัญสำหรับการปรับกลยุทธ์การขยายผลให้เหมาะสมกับแต่ละภูมิภาคและประเภทโรงพยาบาล และจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยอื่นๆ และประเมินผลกระทบในระยะยาวต่อการลดความรุนแรงในสถานพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

การขยายผลการใช้คู่มือควรปรับกลยุทธ์ตามภูมิภาค โดยเฉพาะโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและภาคกลางที่มีความท้าทายสูงควรได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การพัฒนาเทคนิคเฉพาะสำหรับสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนและมีความกดดันสูง นอกจากนี้ ควรบูรณาการเนื้อหาคู่มือเข้าในหลักสูตรปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และพัฒนากลยุทธ์เฉพาะสำหรับบุคลากรอาวุโสที่มี

ประสบการณ์มากกว่า 15 ปี สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความแตกต่างตามภูมิภาคด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1-2 ปี และการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลองปัจจุบัน เช่น บุคลิกภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ และวัฒนธรรมองค์กร เพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Labor Statistics.(2019). Workplace violence in healthcare: 2018 survey results [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2019 [cited 2026 Feb 14]. Available from: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/foi/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
2. Occupational Safety and Health Administration.(2016). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers (OSHA 3148-06R) [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2016 [cited 2026 Feb 14]. Available from: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3148.pdf>
3. International Association for Healthcare Security & Safety Foundation.(2020). Healthcare crime survey 2020 [Internet]. Glendale Heights (IL): IAHS Foundation; 2020 [cited 2026 Feb 14]. Available from: <https://www.iahss.org/page/CrimeSurvey>
4. วีร์ เมฆวิสัย, พาสณา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). ประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(4):796-807.
5. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al.(2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: The mediating role of social support. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):93. doi:10.1186/s12955-019-1164-3
6. Magnavita N, Heponiemi T.(2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. J Nurs Scholarsh. 2011;43(2):203-10. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x
7. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al.(2015). Underreporting of workplace violence: Comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. Workplace Health Saf. 2015;63(5):200-10. doi:10.1177/2165079915574684
8. Press Ganey Associates.(2019). The influence of violence on the patient experience [Internet]. South Bend (IN): Press Ganey; 2019 [cited 2026 Feb 14]. Available from: <https://www.pressganey.com/resources/white-papers/the-influence-of-violence-on-the-patient-experience>
9. The Joint Commission.(2018). Sentinel Event Alert 59: Physical and verbal violence against health care workers [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2018 [cited 2026 Feb 14]. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-59-physical-and-verbal-violence-against-health-care-workers/>

10. Leonard M, Graham S, Bonacum D.(2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):i85-90. doi:10.1136/qshc.2004.010033
11. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K.(2018). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry*. 2018;212(2):94-102. doi:10.1192/bjp.2017.24
12. Peplau HE.(1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons; 1952.
13. Gillam SW, Gillam AR, Cashin AG.(2021). Workplace violence in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *West J Emerg Med*. 2021;22(4):756-67. doi:10.5811/westjem.2021.3.49369
14. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al.(2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med*. 2018;111(7):240-52. doi:10.1177/0141076818769477
15. วีร์ เมฆวิสัย, พาสณา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*. 2568;10(3):999-1010.
16. These MS.(2014). Observational and interventional study design types; an overview. *Biochem Med (Zagreb)*. 2014;24(2):199-210. doi:10.11613/BM.2014.022